

記入例

・ 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成し購入したとき(9歳未満に限る)

JSR健康保険組合 御中

治療用装具
輸血(生血)

被保険者(本人)
被扶養者(家族)

療養費支給申請書

係	事務長	常務理事
押	印	不要

押印を忘れずに
(シャチハタ可)

※訂正印を押印して下さい。

申請日 令和 **年 **月 **日

被保険者証の記号番号	記号 **	番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎
被保険者の現住所	〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町****		電話番号	*** - *** - ****
被保険者が勤務している事業所名称	〇〇(株)	所属 テレNo.	〇〇チーム Y*** (A01)	連絡先 (内線) *** - ****
受診者氏名	健保 花子 (被保険者との続柄: 長女)	受診者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	**年 **月 **日
傷病名	弱視	発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	**年 **月 **日
発病又は負傷の原因および傷病の経過	※ケガの場合は、いつ、どこで、何をしていたかなど詳しく記入して下さい。 原因不詳 治療用眼鏡を装着し、経過観察中			
診療を受けた医療機関の名称	〇×眼科	所在地	〇〇県××市△△町****	
申請理由および添付書類(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 治療用装具(コルセット・ギブス・サポーター・義足等)を装着したため → 『治療用装具製作指示装着証明書(原本)』、『装具代領収書(原本)』、『装具写真』 <input checked="" type="checkbox"/> 小児弱視等(9歳未満)の治療用眼鏡等を作成し購入したため → 『保険医の作成指示書(写)』、『患者の検査結果(写)』、『購入時の領収書(原本)』 <input type="checkbox"/> 輸血(生血)代 → 『輸血を必要と認めた医師の証明書(原本)』、『血液代金の領収書(原本)』			
診療内容	別紙領収書のとおり	眼鏡等を購入した日(領収書の日付)	入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来
診療期間(支給期間)	*装具代金を支払った日を記入して下さい	令和 **年 **月 **日	診療に要した費用の額	*装具代金を記入して下さい 20,000 円
傷病が業務上又は通勤途上によるものであるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為によるものであるかどうか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為によるものかどうか
振込希望口	金融機関	支店名	〇〇	
金融機関コード	店種	種目	口座番号(右ヅメ)	口座名義(カタカナで記入)
****	*	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	*****	ケンポ タロウ

添付書類

- 保険医が発行した治療眼鏡等の作成指示書(写し)
- 患者の検査結果(写し)
- 購入した際の領収書(原本)

備考欄

必ず添付して下さい